

PROGRAMME MEDIATEUR DE SANTE PAIR

L'insertion des médiateurs de santé/pairs dans les services de psychiatrie et de santé mentale vise à améliorer le recours aux soins et la qualité de la prise en charge des usagers. Elle est pensée comme l'une des multiples réponses possibles à la diversification de l'offre de soins en France.

1) CONTEXTE

Le terme médiateur de santé/pair a été créé lors du lancement du programme « médiateurs de santé/pairs » piloté par le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. Il est en partie la traduction de l'anglais *peer support workers*. Il désigne une nouvelle catégorie d'intervenants dans les services de santé mentale ayant pour mission la médiation en santé et en santé mentale. La particularité de ces médiateurs est d'être des « ex-usagers » d'où la référence à la notion de « pair ».

La définition proposée des médiateurs de santé/pairs est la suivante :

Il s'agit de personnes :

• en **capacité de travailler**
• ayant une **expérience en tant qu'utilisateurs des services de santé mentale**
• qui ont décidé d'entamer un **parcours de professionnalisation** dans le domaine de l'aide et de la médiation en santé mentale
• qui jouent un **rôle de facilitateurs de santé**, intégrés dans les équipes de santé mentale

CONTEXTE INTERNATIONAL

A partir des années 80, un important réseau d'entraide mutuelle s'est organisé aux Etats-Unis réclamant une mise en place d'un système plus proche des besoins des usagers et la reconnaissance de l'apport de l'entraide mutuelle. Un réseau de santé communautaire a été alors mis en place, en marge des systèmes de soins et la plupart du temps autogéré par d'anciens usagers de la psychiatrie. La philosophie de ce cadre de référence se positionne pour une réappropriation citoyenne par les usagers de leur destinée pour sortir de la dépendance, l'invalidité et la chronicité associées au statut de patient (Pelletier *et al.*, 2009). Ce mouvement a pris de l'ampleur avec la prise de conscience collective des usagers qui souhaitent remettre en question le système de soins et faire reconnaître leur action au niveau des politiques gouvernementales. L'Association Nationale des Directeurs de Programmes d'États pour la Santé Mentale (*The National Association of State Mental Health Program Directors*) reconnaîtra officiellement, en 1989, la contribution unique des usagers pour l'amélioration des services et acceptera pour la première fois de financer des programmes d'embauche d'usagers en tant que travailleurs « pairs-aidants » (*peer support workers*). La notion de pair-aidance en santé mentale fera l'objet de nombreux débats, de nombreuses recherches et d'échanges internationaux. Ainsi, la littérature montre des

expérimentations de *pairs-aidants* au Québec (Lagueux, 2010), de *peer support workers* au Royaume-Uni, aux Etats-Unis (U.S. Dept. of Health and Human Services 2003), au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande et d'*usagers et familles experts (UFE)* en Italie. La littérature internationale montre que l'intégration de pairs-aidants dans les services de santé mentale a des **effets positifs pour** :

– **les usagers** des services de santé mentale (amélioration de l'accès aux soins et de l'observance du traitement, transmission aux usagers de l'espoir du rétablissement à tous les stades de la maladie, développement de l'*emporwerment* des usagers, amélioration de leur fonctionnement social, diminution de l'auto-stigmatisation et de l'estime de soi, etc.)

– **les équipes de soins** (diversification et amélioration de la prise en charge, amélioration de l'alliance thérapeutique, évolution favorable des représentations liées aux personnes souffrant de troubles psychiques, etc.)

– **les pair-aidants eux-mêmes** (amélioration de la qualité de vie, reprise d'une activité professionnelle, évolution favorable du parcours du rétablissement)

En 2006, la Commission Européenne a élaboré un cadre stratégique pour l'éducation et la formation tout au long de la vie. Cette politique s'adresse à tous, y compris aux personnes ayant des maladies chroniques, dont les personnes vivant avec des troubles psychiques au long cours.

CONTEXTE NATIONAL

Dans la droite ligne de ces recommandations européennes ont été mis en place en France des projets de recherche innovants tels que « Emilia [1]»et « Un chez soi d'abord[2] ». Ces projets ont en commun la valorisation du savoir expérientiel et la formation des usagers des services de santé. La notion de pair-aidance en santé mentale est explorée dans le programme de recherche national « un chez soi d'abord » qui a recours à des usagers des services de santé mentale travaillant en tant qu'intervenants auprès de personnes à la rue atteintes de troubles psychiques sévères (Girard *et al.* 2010). Cette recherche est axée sur la précarité et l'insertion sociale.

Par ailleurs, des médiateurs de santé sont déjà formés en France depuis quelques années par l'Université Paris 8 dans le cadre d'un Diplôme d'Etudes Supérieures d'Université (DESU), mais cette formation ne fait pas référence à la notion de « Pair » et ces médiateurs n'exercent pas dans les équipes de santé mentale.

Le programme « médiateurs de santé/pairs » se situe dans cette philosophie, qui est la résultante de la pair-aidance et de la médiation en santé. Le programme « médiateurs de santé/pairs » est axé sur la formation et la professionnalisation de la pair-aidance dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques. Le programme « médiateurs de santé/pairs » est un projet pilote qui développe une stratégie inédite en France, par rapport aux autres programmes impliquant des « pairs » ou des médiateurs en santé, développés entre autres, dans le cadre de la prise en charge du diabète ou du VIH (Le Cardinal, 2010 ; Dupont, 2011).

Le CCOMS (Lille, France), co-leader européen des centres collaborateurs de l'OMS en santé mentale, sur les thèmes de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, de la transformation des services et de l'empowerment des usagers et des aidants, s'est donc engagé pour la mise en place en France de cette expérimentation. Le CCOMS a lancé avec l'aide de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et des Agences Régionales de Santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, et en partenariat avec la FNAPSY, le programme inter-régional « médiateurs de santé/pairs » qui s'appuie sur les expériences étrangères mises en place dans ce domaine. Plusieurs données internationales renforcent l'hypothèse selon laquelle l'intégration de médiateurs de santé/pairs dans les équipes de psychiatrie pourrait également apporter en France une plus-value à l'offre de soins des équipes de santé mentale.

2) PRESENTATION DU PROGRAMME INTER-REGIONAL « MEDIATEURS DE SANTE/PAIRS »

Ce programme pilote est donc de nature pédagogique et professionnelle. Il s'organise autour d'une formation à la médiation en santé mentale et de la valorisation du savoir expérientiel d'anciens usagers des services de santé mentale.

Le programme « médiateurs de santé/pairs » se déploie sur 3 régions de France métropolitaine (Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et s'effectue en deux phases :

- Phase 1 : formation universitaire par le biais d'un diplôme universitaire (DU) : 1 an
- Phase 2 : mise en situation et insertion dans les équipes après obtention du (DU) : 1 an

L'originalité de la démarche est d'allier un savoir académique à un savoir d'expérience autour de compétences spécifiques visant l'amélioration, l'accompagnement et la qualité des prises en charge.

3) TRAVAIL PREPARATOIRE PREALABLE A LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

LA CONSTRUCTION DE L'EXPÉRIMENTATION

La mise en place du programme « médiateurs de santé/pairs » a été précédée par une phase de préparation à la fois théorique et pratique.

La partie théorique a été caractérisée par une consultation approfondie de la bibliographie au sujet de la pair-aidance nationale et internationale et par des visites des sites, en France et à l'étranger (USA, Canada, Italie), afin de rencontrer et échanger avec les équipes qui avaient déjà intégré des pair-aidants dans leurs organisations.

La partie pragmatique a été caractérisée par la définition d'un agenda et un calendrier de réalisation des démarches à mettre en place.

Cette phase a aussi permis de définir la planification de l'expérimentation, et ses modalités de réalisation dans les différentes régions impliquées.

L'IMPLICATION DES PARTENAIRES

Dans un parcours tant innovant que complexe, ce programme impliquait, bien évidemment, un partenariat important avec les usagers et leurs associations, les professionnels ainsi que les financeurs. Cette implication a été très importante car de l'adhésion des associations des usagers et de l'intérêt à être impliqués des services de psychiatrie dépendaient la validation théorique et pratique de l'expérimentation ; de la disponibilité et du montant du financement dépendaient également l'ampleur et la durée de l'expérimentation.

Partenaire dès la mise en place du programme, la FNAPSY a mis à disposition, dans un premier temps, deux chargés de mission .Après avoir envisagé l'arrêt de sa participation, elle a souhaité début 2011 tenir un rôle différent, en qualité de membre des comités de pilotages et de consultant. Ensuite, la FNAPSY a souhaité transmettre ses attentes au CCOMS, qui, prise en considération, l'ont amené à poursuivre son partenariat et participer aux comités de pilotage.

L'une des premières étapes de la mise en œuvre de ce programme a également été la recherche, avec la FNAPSY, d'un partenaire universitaire pour assurer la formation. Une étroite collaboration a donc été mise en place entre le CCOMS, la FNAPSY et l'Université Paris 8 (qui avait déjà développé un programme de formation de médiation en santé(IMAS), en vue de créer un DU adapté au programme.

LES FINANCEMENTS

Les ARS de trois régions (IDF, PACA et NPC) ont manifesté leur disponibilité à participer au financement de cette expérimentation, afin de garantir aux MSP recrutés, un salaire pendant la première année de formation et stage sur le terrain ainsi que durant la seconde année de mise en situation de travail dans les équipes de santé mentale.

Le montant ainsi attribué permettait le financement nécessaire pour la rémunération de 10 MSP dans chaque région (30 MSP prévus au total) pour une durée de deux ans. La CNSA, en reconnaissant l'adéquation du programme dans ses objectifs institutionnels de développement de l'autonomie, a garanti le financement du suivi du programme, ainsi que des frais inhérents aux divers déplacements des MSP pendant la durée de celui-ci.

4) LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME (2010-2014)

L'ÉQUIPE DEDIEE DU CCOMS :

En 2010 le CCOMS définit la composition de l'équipe dédiée au projet. Sa composition comporte trois chargés de mission (un psychiatre (20%), un cadre de santé et un ancien usager des services de santé mentale (à 80%)), le directeur et la directrice adjointe du CCOMS, et prévoit l'intervention d'autres professionnels consultants lorsque nécessaire.

LE CHOIX DES SITES :

Un appel d'offre pour la participation des établissements publics de santé mentale à l'expérimentation a été rédigé en lien avec les ARS des trois régions concernées, dans le but de recruter cinq établissements par région. Cet appel d'offre a été diffusé par les ARS en juin 2011.
Les sites ont été sélectionnés par un jury de sélection composé d'un représentant de la FNAPSY, d'un représentant de l'ARS et d'au moins un chargé de mission du CCOMS.

A la fin de cette procédure 16 services de psychiatrie et de santé mentale, dans 12 différents établissements, ont été retenus.

LES MEDIATEURS

Suite à un appel à candidature lancé par les divers établissements participants à travers divers canaux de diffusion, une présélection des candidats médiateurs de santé/pairs a été effectuée par le CCOMS, la FNAPSY, l'Université Paris 8 et les ARS afin de préciser l'adéquation de la candidature aux contours du programme : avoir présenté ou présenter encore des troubles psychiques et avoir été utilisateur de services, sans que soient spécifiés les troubles ou l'intensité ou la durée d'utilisation des services.

Le recrutement des MSP a été effectué par les établissements eux-mêmes, sur entretiens propres, de type entretien d'embauche avec le chef de pôle et les équipes, puis avec le DRH, et visite auprès de la médecine du travail évaluant l'aptitude à l'emploi

Fin 2011,29 MSP ont été recrutés : 10 sur les régions IDF et PACA, 9 pour la région NPC.(2 par établissement).
Sur les 29 candidats, 19 ont été recrutés à temps plein, 1 candidat à 80% et 9 candidats à 50%.
Le programme a démarré officiellement le 16 janvier 2012.

5) LA FORMATION (2012)

La formation alterne théorie et pratique. La théorie est assurée par l'Université Paris 8 et les sessions de formations ont lieu dans les trois régions. La formation pratique quant à elle, fait intervenir les 16 services de psychiatrie adulte qui accueillent les médiateurs de santé/pairs en formation.
L'inscription à la formation étant subordonnée au recrutement dans l'un de ces 16 services, les participants à ce programme sont sous contrat professionnel pendant 2 ans, sous la forme de contrats à durée déterminée renouvelables.

Dans le cadre de cette formation, les médiateurs de santé/pairs :

- Sont en stage à temps plein ou à temps partiel
- Interviennent en binôme avec un professionnel de l'équipe d'accueil
- Rencontrent les usagers sur indication médicale et avec l'accord explicite des usagers concernés
- N'ont pas accès au dossier médical des usagers

Le CCOMS et l'Université Paris 8 ont participé conjointement à la mise en œuvre pédagogique et logistique de cette formation, ainsi qu'à l'accompagnement des médiateurs de santé/pairs en formation.

La formation théorique a débutée le 16 janvier 2012, les stages pratiques ont démarré le 06 février 2012.
Les huit semaines de formation théoriques ont eu lieu aux dates suivantes :

- Du 16 au 20 janvier, à Paris : L'organisation du système sanitaire, social et médicosocial
- Du 23 au 27 janvier, à St. Denis : Les troubles psychiques et leurs traitements
- Du 30 janvier au 03 février, à Armentières : Médiation en santé mentale : L'expérience du Québec
- Du 19 au 23 mars, à St Denis : pathologies somatiques et médiation
- Du 21 au 25 mai, à Marseille : Médiation en santé mentale : L'expérience marseillaise
- Du 02 au 06 juillet, à Paris : Droit, éthique et communication sociale
- Du 10 au 14 septembre, à Fâches-Thumesnil : La psychiatrie citoyenne : l'expérience lilloise
- Du 09 au 12 octobre, à Marseille : Enseignements complémentaires, semaine co-construite

La partie théorique de la formation a eu une durée de 240 heures.

La formation pratique, en stage, s'est déroulée tout au long de l'année, en situation dans les services, en binôme avec un professionnel défini par l'équipe d'accueil.

Les examens ont eu lieu le 12 novembre 2012 pour le contrôle de connaissances (écrit) et du 13 au 15 novembre pour les soutenances des mémoires. Sur les 29 médiateurs de santé/pairs recrutés en janvier 2012, 22 personnes ont suivi l'intégralité de la formation (5 en région Ile de France, 9 en région Nord Pas de Calais, 8 en région Provence Alpes Côte d'Azur). 20 ont été diplômés.

6) LES ACTIVITES DES MSP

A l'issue de l'année de formation et après l'obtention de leur DU, les médiateurs de santé/pairs évoluent en tant que médiateurs de santé/pairs dans des équipes de santé mentale et proposent un accompagnement spécifique pour les personnes ayant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique.

L'activité des médiateurs de santé/pairs diplômés intéresse les quatre thématiques suivantes:

• Accès aux soins : à l'instar des médiateurs de santé publique, les médiateurs de santé/pairs pourraient jouer un rôle d'interface entre les équipes soignantes et les personnes en difficulté en ce qui concerne la prévention, l'accès aux soins ou encore l'alliance thérapeutique.

• Accompagnement : soutien à l'insertion sociale en lien avec les diverses associations locales, lutte contre la solitude, etc.

• Soutien relationnel : accompagnement spécifique dans le but de soutenir le processus de rétablissement des usagers.

• Participation à la démarche d'éducation à la santé : informer sur les thérapeutiques sans jamais se substituer aux soignants, être un relai entre les usagers et les équipes concernant les questionnements sur leur traitement.

7) LES MODALITÉS DE SUIVI

COMITES DE PILOTAGE

Le développement du programme est assuré par le CCOMS, accompagné dans le suivi d'un comité de pilotage inter-régional, ainsi qu'un comité de pilotage régional. Le comité de pilotage inter-régional se réuni deux fois par an. Y sont conviés les divers acteurs et partenaires du programme (les MSP, les équipes (notamment les chefs de pôle et les interlocuteurs privilégiés), les représentants des ARS des trois régions, les représentants de l'université Paris 8, les représentants des associations des usagers et des proches (FNAPSY et UNAFAM), les représentants des directions d'établissements (ADESM), les représentants de la CNSA, les représentants de la DGS, les équipes d'évaluation qualitative (équipe CLERSE – Université Lille 1) et quantitative (équipe URC-Eco).. .).

Les comités de pilotage régionaux se réunissent trois fois par an. Ils sont animés par les ARS et leur composition est définie selon une représentativité régionale des membres du comité de pilotage inter-régional. Y sont conviés l'ensemble des médiateurs de santé/ pairs en formation de la région ainsi que les membres représentants de leurs équipes (chef de pôle, encadrement et interlocuteurs privilégiés). Cette composition peut évoluer en fonction des besoins. Il est prévu qu'elle puisse intégrer des personnes ressources à titre consultatif. Ces comités de pilotages sont des lieux d'échanges permettant à chacun de faire un retour d'expérience et de favoriser une co-construction.

RETOURS D'EXPERIENCE DES MEDIATEURS DE SANTE/PAIRS ET DES EQUIPES

Dans le cadre des sessions de formations, des sessions de retour d'expérience ont été organisées en promotion complète à plusieurs reprises. Par ailleurs, ces sessions ont également été organisées lors de chaque matinée précédant les comités de pilotage régionaux. Y ont participé les médiateurs de

santé/pairs en formation ainsi que les représentants de leurs équipes de la région concernée, d'abord en sous-groupe puis lors d'une mise en commun.

A l'issue de la formation initiale, une session de formation complémentaire a été proposée aux médiateurs de santé pairs diplômés. Elle s'est déclinée sous la forme de deux journées thématiques les 12 et 13 février 2013 à Paris. L'objectif de cette dernière était d'aborder, dans un contexte de séminaire, les quatre axes de travail concernés, l'accès aux soins, l'éducation à la santé, l'accompagnement et le soutien relationnel. Ces réflexions, qui se sont poursuivies dans le cadre des demi-journées qui ont précédé les comités de pilotages régionaux qui ont suivi, ont ensuite pris la forme de sessions de travail sur la thématique de la clinique de la médiation par des pairs. Il s'agit notamment de questionner en quoi le fait d'avoir été pair modifie le contact avec les usagers, également de s'interroger sur ce qui se crée lorsque le pair est un professionnel, et enfin, tenter de d'associer la « psychopathologie traditionnelle » et le savoir expérientiel ainsi que le vécu des personnes qui sont passées à travers l'expérience des troubles psychiques. Ces réflexions thématiques, sont organisées dans les trois régions jusqu'à la fin du programme, seront animées par des intervenants extérieurs et visent à permettre la théorisation de leurs actions.

VISITES DE SITES ET RENCONTRES REGIONALES INTER-EQUIPES

Des visites de sites ont été organisées afin de rencontrer, en plus des médiateurs de santé/pairs en formation et des représentants de leurs équipes, d'autres membres des équipes.
Les chargés de mission du CCOMS se sont ainsi rendus dans chaque site à deux reprises afin de recenser les besoins, les attentes et les difficultés éventuelles rencontrées.
Une rencontre régionale des médiateurs de santé/pairs en formation et des représentants de leurs équipes a également été effectuée lors de la première année dans chacune des trois régions. Il s'agissait d'échanger sur les expériences vécues dans chaque site.

SUIVI REGULIER

Le suivi des MSP sur le terrain a été assuré par la présence dans l'équipe d'un interlocuteur privilégié, c'est à dire un binôme professionnel chargé de faciliter son insertion dans l'équipe de travail.
Les chargés de mission du CCOMS sont disponibles pour l'ensemble des participants (ARS, établissements, équipes et médiateurs de santé/pairs) par le biais d'une plate-forme téléphonique, et de déplacements complémentaires sur site si besoin.
Chaque région a bénéficié plus particulièrement, du suivi d'un chargé de mission référent pour la région.
Les chargés de mission ont également été présents lors des semaines de formation.
Dans le cadre de la formation, un accompagnement personnalisé a ainsi pu être réalisé.
Malgré le départ d'un chargé de mission fin octobre 2012 le dispositif de suivi est demeuré identique.
A compter de juin 2013, ont été ajoutés à ce dispositif des appels téléphoniques réguliers (une fois tous les 15 jours avec les médiateurs de santé pairs et une fois tous les 15 jours avec les interlocuteurs privilégiés de leurs équipes), qui permettent, y compris dans le contexte de mise en place de l'évaluation, de poursuivre les interactions avec les participants au programme et d'aborder toute question et/ou problème éventuel.

L'ensemble de ces éléments peut être ajusté en fonction des demandes et des situations.

8) ETAT ACTUEL DE L'EXPERIMENTATION

Le comité de pilotage inter régional du 10 avril 2013 a acté la mise en corrélation des différents calendriers du programme et de la recherche. Le programme est désormais prolongé jusqu'au 30 juin 2014, période de remise des rapports de recherche de l'évaluation qualitative.

Le programme se prolongeant jusqu'en juin 2014, il est actuellement prévu le maintien du même dispositif d'accompagnement par le CCOMS pour l'année 2014.

17 médiateurs de santé pairs sont actuellement en fonction.

Une nouvelle chargée de mission a été embauchée pour développer les compétences dans la participation à l'éducation thérapeutique et pour faire une supervision par groupe par région, afin de consolider leur fonction et définir au mieux les contours de leur profession.
Le reste du temps sera consacré à établir, à partir des recherches qualitatives et quantitatives et de l'expérience de ces trois années, des recommandations à l'usage des pouvoirs publics pour la continuation ou non de cette expérimentation.

RECHERCHE QUALITATIVE

1) SYNTHESE SUR L'INSERTION DES MEDIATEURS DANS LES EQUIPES

La mise en rapport des trois études de terrain, ainsi que du travail antérieur sur les abandons (par démission du MSP ou non-renouvellement de son contrat), suggère une typologie des situations des MSP. Celle ci exige un nombre assez élevé de types pour rendre compte des trajectoires d'insertion observées (qui pourraient même être subdivisées) : six. La dispersion du devenir des MSP est en accord avec le fait que la mise en œuvre effective du programme est très dépendante d'une part des personnalités et compétences diverses des MSP, d'autre part des caractéristiques organisationnelles et cliniques des services, lesquelles sont, elles aussi, particulières.

Le cas de Dorine, en total échec dans un premier site, et réussissant bien son insertion professionnelle comme MSP dans un second, montre que l'ajustement entre la singularité des MSP et les caractéristiques des lieux de travail est d'une part essentiel, d'autre part peu prévisible au démarrage des contrats de travail.

Les six types suivants de configurations interactives couvrent les 29 cas initiaux.

- Configuration 1 - Le MSP est bien intégré dans l'institution et remplit, à ses propres yeux et au regard de l'équipe, une fonction de MSP plus ou moins développée, avec plus ou moins de travail à accomplir (nous définirons ainsi la fonction: appui sur l'expérience personnelle de la maladie et du rétablissement dans le cadre d'activités dont certaines sont spécifiques) : 5 cas
- Configuration 2 - Le MSP bénéficie d'une insertion professionnelle, tout en développant une activité soit dans laquelle il euphémise son passé de malade, soit dépourvue d'espace d'autonomie et d'initiative, soit dans laquelle il est sous-occupé : 6 cas
- Configuration 3 - Le MSP déploie des activités relevant du rôle propre des MSP, mais sa façon de travailler, « trop autonome », et les caractéristiques du site font qu'il est en conflit avec l'institution ou l'équipe. Cette situation de conflit peut ne pas être stable. Certains MSP très en conflit voient la situation s'apaiser, d'autres très heureux de leur travail à un moment donné entrent en suite en conflit : 2 cas
- Configuration 4 - Le MSP a du mal à remplir de façon convaincante une fonction de MSP et développe des conflits larvés avec l'institution ou l'équipe (et court le risque à moyen terme d'un contrat de travail non renouvelé ou devoir opérer un changement de site) :4 cas
- Configuration 5 - le MSP a abandonné le programme avec un rapport positif ou négatif au temps passé dans celui-ci et dans une trajectoire neutre ou positive de rétablissement : 10 cas
- Configuration 6 - Le MSP a quitté le programme sur la base d'un rapport négatif au programme et d'une rechute liée au travail de MSP (soit à cause du rapport aux patients, soit à cause du rapport à l'institution hospitalière) : 2 cas

Remarques :

1– Il n'y a que deux personnes recrutées comme MSP dont on peut dire que l'abandon est dû à une rechute et aussi que le programme a joué en ce qui les concerne *contre* le rétablissement personnel. C'est donc peu, par rapport à certaines craintes qui s'étaient exprimées lors du lancement du programme[1]. On trouve 11 cas d'insertion professionnelle réussie dans les services (configuration 1+ configuration 2), ce qui n'est pas rien pour des individus que la société stigmatise comme inemployables, d'autant plus qu'il faut ajouter au premier chiffre quelques personnes qui relèvent de la configuration 4 et qui ont trouvé du travail ailleurs que dans les services de psychiatrie.

2- Ces configurations sont dynamiques. Plusieurs MSP ont vu leur situation changer, en progression ou en dégradation. Les nombres donnés renvoient donc à une configuration à un instant T, et évolueront sans doute encore.

3- On peut déduire du fait que la possibilité de la fonction est si sensible aux singularités des individus et aux spécificités des services, que la construction d'une fonction formalisée de MSP présente des difficultés particulières.

2) SYNTHESE SUR LES ACTIVITES DEVELOPPEES PAR LES MEDIATEURS

Les activités des MSP, pour ceux qui réussissent à en développer, sont en partie des tâches qui pourraient aussi être le fait d'autres professions, internes aux équipes de secteur, voire de professions externes . Ce recouvrement partiel est quelque chose de banal chez les professions relationnelles, car sans zone de recouvrement, les organisations ne pourraient pas fonctionner. Elles comprennent aussi des activités exclusives.

On pourrait classer ces activités en les référant aux métiers auxquelles elles sont liées en termes de cultures de métiers. La liste ci dessous n'est pas normative, au sens qu'elle renvoie à des activités réelles que nous avons pu observer, et non pas à un modèle que nous aurions construit ou qui aurait été défini quelque part. Elle comprend donc certaines activités qui sont considérées par les institutions, les équipes ou le CC-OMS, comme non légitimes, ou qui ne sont pas repérées comme activités. Elle n'utilise pas que du vocabulaire technique.

1- Activités qui rapprochent le MSP d'un travailleur social de milieu ouvert : aider l'usager à faire des démarches administratives, l'aider à résoudre des problèmes administratifs, accompagner le MSP dans des activités culturelles en ville ou au GEM, aider le MSP à résoudre des problèmes pratiques divers de vie quotidienne (brancher une télé, se servir d'un distributeur de banque), apaiser les relations entre un usager et son employeur, trouver un stage ou un emploi pour un MSP, marauder dans la rue pour amener une personne en souffrance au soin.

2- Activités qui rapprochent le MSP d'un éducateur spécialisé : interventions socio-éducatives et rééducatives, enseignement de techniques comportementales pour lutter contre les addictions, VAD (visites à domicile),

3- Activités qui rapprochent le MSP d'un psychothérapeute : écoute (savoir écouter, se souvenir de l'écoute d'une rencontre à l'autre), travail collectif sur l'image de soi, entretiens individuels, conseils sur l'usage des médicaments, groupes d'entendeurs de voix, attention au corps.

4- Activités qui rapprochent le MSP d'un animateur socioculturel : trouver un atelier photo, moto ou chant pour des usagers, créer à l'extérieur du CMP des activités de loisirs communes pour un groupe d'usagers, organiser des »sorties », organisées ou improvisées, ludiques, agréables, négocier des places dans des ateliers de loisirs en ville, animer un atelier dans les murs du service en fonction de compétences techniques propres (informatique, nutrition, photo…) , mettre en lien avec des associations.

5-Activités qui rapprochent le travail du MSP de celui des infirmiers, dans leurs tâches relationnelles, plus ou moins qualifiées : VAD, travail sur la compliance à la médicamentation, animation d'ateliers thérapeutiques ou cognitifs ou de groupes de parole, groupe d'enseignement ou de discussion sur l'addiction, entretiens individuels, relance des absences non justifiées, et aussi : conversation banale en CATTP ou hôpital de jour, gentillesse, présence, enjouement, animation d'activités occupationnelles.

6- Activités qui rapprochent le MSP d'un médiateur de santé : animation du « forum des usagers » (lieu de discussion entre patients d'un secteur sur la manière d'améliorer le travail du secteur), animation de réunions soignants-soignés (réunions hebdomadaires en intra réunissant les infirmiers et les patients, avec animation par le MSP) ; interventions pour faire connaître et soutenir le point de vue individuel d'un patient sur son traitement lors d'une réunion d'équipe ou une synthèse. Donner son expertise d'ex-usager sur l'aménagement de l'espace lors de réaménagements institutionnellement décidés. Accompagner un patient qui le demande lors de la visite chez le psychiatre.

7 - Activités qui rapprochent le MSP d'un « accueillant » d'une association aide , d'une relation amicale ou d'un pair : répondre au téléphone à l'appel d'un usager qui a besoin de soutien ou de conseil à n'importe quelle heure, dans le temps officiel de travail ou hors temps, être là où sont les usagers sans rôle défini en étant disponible pour une demande, développer des échanges informels, transmettre ses trucs personnels pour « aller mieux » et pour développer la self-efficacy (musique joyeuse, trajets agréables au retour d'une séance de psychothérapie, films gais …), animer un groupe d'entendeurs de voix.

Remarques

- Les activités exclusives (par rapport à l'équipe de secteur) se situent plutôt aux points 1, 6 et 7. La série 4, sans être en soi spécifique, est originale par rapport à ce qui se fait dans les secteurs. La combinaison de l'ensemble est de toute façon spécifique.

- On pourrait dire que les activités incluant un rapport direct avec la vie institutionnelle - surtout en catégorie 6 - sont celles qui justifient l'emploi du mot de « médiateur », pour décrire cette forme précise de pair-aidance professionnelle, plutôt que formateur employé pour d'autres formes de pair-aidance.

- Certaines activités se développent dans les murs du service, d'autres dans la ville. Cela donne des profils d'activité assez différents

- Les MSP connaissent un niveau d'activité très variable, certains d'entre eux, peu occupés, étant réduits, dans les murs, à la série : «conversation banale, gentillesse, enjouement, présence, donner espoir, animation d'activités occupationnelles », soit parce que l'équipe les cantonne à cela, soit parce ce que c'est leur principale qualité, soit au confluent des deux raisons.

3) LES SAVOIRS D'EXPERIENCE DES MEDIATEURS

Les savoirs d'expérience concrètement mobilisés par les MSP sont de plusieurs types. Le programme a eu tendance à mettre en avant ceux qui furent liés à la maladie et au rétablissement, mais ils sont plus larges que cela. La formation étant trop courte pour installer des savoirs professionnels ou des connaissances théoriques, les MSP sont amenés à puiser dans le répertoire de leurs activités professionnelles ou bénévoles antérieures pour utiliser d'autres savoirs d'expérience que le "savoir expérientiel" lié à leur maladie et à leur rétablissement.

On peut donc finalement repérer trois sources de savoirs d'expérience mobilisés dans le travail

A : Les « savoirs expérientiels » de la maladie et du rétablissement

Les savoirs expérientiels sont la trace d'expériences vécues.

1- Avoir été un malade : vécus dépressifs, délirants, vécus de symptômes « plus forts que soi », vécus de dépendance et de manque par rapport à des substances psychoactives, rapport spécifique au corps, techniques de soi, expérience des moments de catastrophe, déclin du désir de vivre, vécu du passage à l'acte, souvenirs d'affects et d'émotions, expérience de son propre refus de soins, de la honte, de l'abandon, des problèmes de vie consécutifs au trouble (contacts avec la justice, la police, la prison, la rue, le chômage, la précarité)

2- Avoir été un patient : vécus de l'institution psychiatrique, vécu de différentes formes et niveaux de contrainte, éventuellement de l'hospitalisation sans consentement et de l'isolement, vécu des médicaments, de leurs effets et effets secondaires, vécu des relations au psychiatre d'hôpital public, émotions liées au fait d'avoir été traité comme un cas, un organe, ou une moyenne, plutôt que comme une personne, intuition des modes de défenses des soignants, mode d'emploi des infirmiers, vécu de la distance aux soignants, vécu des relations entre patients, « métier « de patient, éprouvé de ce qui apporte de l'aide, de la compliance, de la confiance. Ces savoirs expérientiels peuvent constituer un "métier de patient".

3- S'être rétabli : avoir vécu le fait de « s'en sortir : avec quoi ? Avec quelle aide ? A quel rythme ? Avec quels signes ? En mettant en jeu quelle mobilisation personnelle ? Quels moyens thérapeutiques ?

Pour être mobilisables dans le travail, ces "savoirs expérientiels", qui sont plus que de l'affect brut, demandent un minimum de réflexivité et des conditions subjectives particulières : avoir envie /pouvoir se souvenir ; pouvoir reprendre contact avec les émotions les passées sans être submergé ; avoir envie d'utiliser l'expérience à des fins socialement positives plutôt que d'auto ou d'hétéro destruction, de revendication ou de vengeance …etc. L'absence de ces conditions subjectives explique quelques-uns des 12 abandons.

Ces savoirs sont différents et inégaux.

A la diversité du rapport à la maladie, s'ajoute la diversité du degré de rétablissement.

Le rétablissement variable et incertain des MSP met les équipes en position d'injonction paradoxale, souvent signalée aux sociologues : ne pas faire de différence et les traiter comme les autres professionnels pour ne pas les stigmatiser, les protéger particulièrement en prenant acte de leur fragilité pour ne pas risquer de les faire aller mal. Certains MSP eux-mêmes jouent parfois sur les deux tableaux, demandant à la fois à ce qu'on n'en fasse pas de différence avec les autres professionnels et qu'on prenne en compte leur fatigabilité.

B : Les savoirs d'expérience antérieurs

Ils jouent un rôle important dans l'insertion des MSP : savoirs faire liés aux professions antérieures, aux pratiques associatives : entrer en contact, soutenir une conversation, mettre de la bonne humeur, savoir écrire un projet, mobiliser des ressources locales, connaître une ville, savoir prendre contact avec des organisations et des administrations, avoir des réseaux, avoir déjà développé des styles relationnels ou créatifs particuliers, une "compétence relationnelle".

Il s'agit aussi des savoirs faire liés à la vie antérieure : problèmes d'argent, de loyer et de budget, de relations avec les enfants, formes de sagesse, usage de la religion comme consolation.

Les MSP qui ont des spécialités techniques ou des savoirs faire relationnels liés à une profession antérieure (ou adjacente) passent plus facilement les longs mois d'insertion. Les MSP qui en sont dépourvus ont plus de difficulté.

C : Les savoirs d'action acquis en cours de fonction

On les appellera des "savoirs d'action" pour éviter la confusion avec le "savoir expérientiel" lié à la maladie et au rétablissement, mais ce sont bien aussi, en termes cognitifs, des savoirs d'expérience. Au fur et à mesure qu'ils travaillent, les MSP développent des savoirs dans l'expérience même du travail, savoirs différents et savoirs inégaux, savoirs aussi qu'ils savent inégalement expliciter, sans même parler de les formaliser.

4) LE REGARD DES EQUIPES : LES CHOIX OPERES PAR LE PROGRAMME EXPERIMENTAL SONT-ILS ADAPTES A LA SITUATION FRANCAISE ?

Les équipes sont intéressées par le programme, qui les questionne, que ce soit pour l'approuver, le critiquer, ou avoir envie de continuer à travailler le projet. Le programme expérimental suscite la réflexion sur toute une série de questions : le soin, la distance professionnelle, les temporalités, le rapport soignant/soigné…

Mais une autre donnée transversale, mis à part l'intérêt, est le propos : « ce n'est pas adapté à la situation française » qui revient dans la bouche de très nombreux membres des équipes (voire de MSP). Ce qui serait mal adapté, ce serait l'inscription de la pair aidance professionnelle dans les équipes de pôle psychiatrique. Sur ce point, les expériences étrangères montrent des configurations plus variées. Catherine Déchamp Le-Roux montre que plusieurs configurations sont possibles pour intégrer la pair-aidance dans une politique sanitaire et sociale telle celle de la santé mentale. Est-ce que les choix initiaux

sont les plus adaptés, rendant possible une certaine stabilisation et identification du métier, et les plus efficaces en matière de dé stigmatisation de la maladie mentale ?

D'autre part, la conjonction ex-malade /professionnel d'une équipe de psychiatrie publique provoque des doubles contraintes sensibles pour les membres des équipes et surtout les cadres infirmiers, paralyse la communication « naturelle» entre cadre et personnels. Si un MSP fait quelque chose qui ne convient pas, on n'ose pas l'attribuer à sa personnalité comme on le ferait pour un collègue lambda (est-ce sa personnalité ou sa maladie ?) et on n'ose pas le lui dire, comme on le ferait pour un collègue ordinaire, car il est peut-être trop fragile pour entendre. Les cadres de santé sont aussi dans la même double contrainte : les traiter comme les autres pour ne pas stigmatiser, et s'exposer alors à des difficultés (« j'ai fait comme avec tous les personnels, je fais toujours de la même façon quand je convoque quelqu'un – elle l'a mal pris » (cadre sup de santé).

Un autre thème récurrent est que l'appartenance à une équipe de l'hôpital public expose à une série de contraintes en matière de règles de sécurité, contrats d'assurance et règlementation qui peut empêcher l'activité du MSP de se déployer, dans le social, dans la ville, avec toute la créativité qu'il pourrait juger utile et pertinente dans une pair-aidance professionnelle.

RECHERCHE QUANTITATIVE

Evaluation quantitative du programme « Médiateurs de Santé/Pairs »

Dès la conception du programme expérimental « Médiateurs de Santé/Pairs » (MSP), le CCOMS a prévu l'évaluation de son efficacité et de sa faisabilité. Cette évaluation est nécessaire pour étudier la pertinence de ce dispositif dans le contexte français et répond aux demandes du Haut Conseil de la Santé Publique et du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Dans cette perspective, deux études quantitatives sont mises en place afin d'évaluer l'effet des prises en charge avec et sans MSP auprès des usagers des services de psychiatrie. Ces études sont longitudinales, multicentriques, descriptives et analytiques. Les participants sont recrutés au sein des Hôpitaux Psychiatriques et des services de psychiatrie des hôpitaux généraux dans différentes régions françaises. Parmi les sites intégrés au programme, 13 participent à ce jour à l'évaluation (voir tableau 2).

Les protocoles de recherche ont obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes, et leur mise en œuvre a débuté en septembre 2013 avec le recrutement de quatre chargées de recherche : trois chargée de mission régionales ainsi qu'une coordinatrice nationale.

1) ETUDE STIGMA

OBJECTIFS

- Evaluer l'apport d'un suivi par un MSP pour les usagers accompagnés en termes de stigmatisation internalisée, de qualité de vie et de fonctionnement global
- Tester l'apport du suivi en fonction de la catégorie diagnostique (troubles de l'humeur *vs* troubles psychotiques *vs* les autres diagnostics)

HYPOTHESE DE RECHERCHE

Pour les usagers suivis, l'intervention des MSP permettrait :

- Une diminution de la stigmatisation internalisée
- Une amélioration de la qualité de vie
- Une amélioration du fonctionnement psychologique, social et professionnel

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Population

Trois groupes sont constitués :

- Groupe 1 : les usagers suivis par un médiateur de santé/pair à partir du démarrage de l'étude (300 participants)
- Groupe 2 : les usagers suivis dans des secteurs témoins : 300 participants
- Groupe 3 : Tous les usagers suivis par un médiateur de santé/pair avant le démarrage de l'étude

Matériel

L'étude est basée sur la passation de trois questionnaires :

- Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI ; Boyd Ritsher *et al.*, 2003) : Cet auto-questionnaire évalue l'expérience subjective de la stigmatisation à partir de cinq sous-échelles : aliénation, internalisation des stéréotypes, discrimination perçue, retrait social et résistance à la stigmatisation.

- Euro Quality of life – 5 dimensions (EQ-5D-5L ; EuroQol Group, 1990) : Cet auto-questionnaire mesure la qualité de vie associée aux problèmes de santé, selon cinq dimensions : mobilité, autonomie, activités courantes, douleurs/gêne et anxiété/dépression.

- Echelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF ; APA, 1987 ; Goldman *et al.*, 1992) : Cette échelle du DSM est complétée par le psychiatre et évalue le fonctionnement global.

DUREE ET PROCEDURE

Cette étude se déroule sur une période de 18 mois et comporte 3 phases de recueil (voir tableau 1) :

- Un premier recueil (T0) a lieu au démarrage de l'étude. Cette période d'inclusion des participants s'étend sur 6 mois (groupes 1 et 2 uniquement)
- Un second recueil (T6) a lieu 6 mois après
- Un troisième recueil (T12) a lieu 12 mois après le 1er recueil

<u>**Tableau 1** : Résumé de la procédure</u>

	Pré-inclusion *T-1*	**Inclusion *T0***	**Visite de suivi *T6***	**Visite de fin de recherche *T12***
Information au patient	■ ▲			
Signature du consentement		■ ▲		
Questionnaire sociodémographique		■	■ ▲	■ ▲
EGF		■	■ ▲	■ ▲
ISMI		■	■ ▲	■ ▲
EQ-5D		■	■ ▲	■ ▲

<u>Notes.</u> ■ : RDV pour les groupes 1 et 2 ; ▲ : RDV pour le groupe 3

ETAT D'AVANCEMENT

Groupe 1 : Les premières inclusions (T0) ont commencé dans 10 des 13 sites expérimentaux. Au cours du mois de janvier 2014, 57 inclusions étaient comptabilisées et réparties comme suit :

Tableau 2 : Sites accueillant un MSP et participant à l'évaluation

Ile-de-France		**Nord-Pas-de-Calais**		**Provence-Alpes-Côte-D'azur**	
Centre Hospitalier St-Anne	3	EPSM[1] Val de Lys-Artois 62G10	0	Centre Hospitalier Sainte-Marie	11
Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse	0	EPSM Lille Métropole 59G21	17		
Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot	4	EPSM Lille Métropole 59G16	0	Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille	10
Centre Hospitalier Les Murets	6	EPSM Lille Métropole 59G17	1		
Les Hôpitaux de St-Maurice	2	EPSM Lille Métropole 59G07	3	Centre Hospitalier Valvert	0
Total	**15**		**21**		**21**

La progression des inclusions est assez lente, voire pour le moment inexistante dans certains sites, et cela pour plusieurs raisons. Soulignons d'abord que la participation à cette recherche représente une charge de travail importante du point de vue des équipes. Il s'agit en effet pour elles d'intégrer cette recherche dans le travail thérapeutique courant ainsi que de suivre les rendez-vous à T6 et T12 pour chacun des participants. Ensuite, l'évaluation ayant commencé bien après l'intégration des MSP dans les équipes de soin, un certain temps est nécessaire au renouvellement de leurs suivis respectifs. Ce temps est également nécessaire du fait du rythme habituel de la file active. Enfin, certains MSP sont actuellement en cours d'affectation dans un service, afin de débuter leur véritable travail d'accompagnement.

Groupe 2 : En parallèle, le recrutement des sites témoins a commencé. A ce jour, 11 d'entre eux (voir tableau 3) ont donné leur accord et devraient mettre en place l'étude d'ici mars 2014 (présentation de la recherche, élaboration du circuit, formation à l'EGF, etc.).

Tableau 3. Sites témoins participants

Sites	**Région**
Etablissement Public de Santé mentale de Ville Evrard	Ile-de-France
Centre Hospitalier de Versailles (Hôpital Mignot)	Ile-de-France
Centre de santé mentale d'Angers	Pays de la Loire
Centre de santé de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale	Nord-Pas-de-Calais
Etablissement Public de Santé Mentale Flandres (Bailleul)	Nord-Pas-de-Calais
Etablissement Public de Santé Mentale Flandres (Dunkerque)	Nord-Pas-de-Calais
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille	Nord-Pas-de-Calais
Etablissement Public de Santé Mentale La Réunion	La Réunion
Centre Hospitalier La Chartreuse	Bourgogne
Centre Psychothérapique de Nancy	Lorraine
Centre Hospitalier St-Cyr au Mont-d'or	Rhône-Alpes

1 Etablissement Public de Santé Mentale

Groupe 3 : L'identification des personnes ayant bénéficié d'un suivi avant le démarrage de l'étude va débuter. Les personnes encore suivies dans le service se verront alors proposer d'y participer au T6 et/ou au T12 de leur accompagnement par le MSP.

2) <u>ETUDE RECAUS</u>

OBJECTIFS

- Evaluer l'effet du programme MSP sur la modification du parcours de prise en charge des usagers suivis par un MSP, en mettant en évidence un moindre recours aux soins : diminution du nombre de consultations et hospitalisations, et/ou diminution des durées de séjours
- Réaliser une étude médico-économique du programme MSP

HYPOTHESE DE RECHERCHE

L'intervention des MSP aurait un effet bénéfique sur la santé des usagers bénéficiant de leur intervention, et diminuerait leur recours aux services de soins. Elle influerait par ailleurs positivement sur la santé de l'ensemble des usagers pris en charge dans les services où interviennent les MSP.

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Population

L'étude se basera sur la constitution de trois groupes :

- Groupe 1 : tous les usagers suivis par un MSP
- Groupe 2 : l'ensemble des usagers suivis dans les services de santé mentale où sont présents les MSP mais non suivis par eux
- Groupe 3 : Tous les usagers suivis dans des secteurs témoins

Matériel

- Données du *Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie*[2] (pour les 3 groupes) : nombre d'hospitalisations à temps complet, durée moyenne de séjour, nombre de ré hospitalisations, nombre d'hospitalisations à temps partiel, nombre de contacts dans les autres structures de soin du secteur

- Relevés d'activité des MSP (pour le groupe 1 uniquement) :
  - 4 axes d'accompagnement : accès aux soins, accompagnement, soutien relationnel, éducation à la santé
  - 5 modalités de prise en charge : entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion

2 Traitement automatisé des données médicales à caractère personnel, relatives aux prises en charge à temps complet, à temps partiel, et ambulatoire. Ce traitement est mis en place par un service spécifique de chaque établissement : le *Département d'Information Médicale*. Ces données sont également transmises anonymisées à l'*Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation* afin d'établir des statistiques à l'échelle nationale.

DUREE ET PROCEDURE

Groupe 1 : Un recueil de données comportant *l'Identifiant Permanent du Patient*[3], l'unité médicale et la date de l'intervention, sera effectué par le MSP pendant sa phase de mise en situation. Ce recueil de données sera transmis au *Département de l'Information Médicale* de l'établissement, afin de le coupler avec les données médicales et sociodémographiques des usagers concernés.

Groupe 2 : Tous les usagers présents dans des secteurs dans lesquels exercent des MSP mais qui ne bénéficieront pas de leur intervention, seront inclus dans le Groupe 2. Les fichiers anonymisés des groupes 1 et 2 seront transmis par les médecins des Départements de l'information Médicale à l'unité de recherche.

Groupe 3 : Les secteurs témoins seront sélectionnés dans le Recueil national d'Information Médicalisée en Psychiatrie en fonction de critères d'appariement déterminés (rattachement hospitalier, durée moyenne de séjour, dotation annuelle de fonctionnement, etc.). Par ailleurs, un ajustement sur les usagers en termes de sexe, âge et diagnostic principal sera réalisé.

Une mesure de l'évolution des critères principaux et secondaires entre les trois années et les groupes sera réalisée.

ETAT D'AVANCEMENT

Traçabilité des actes médicaux. Les MSP ont commencé à renseigner leurs données d'activités dans les fichiers dédiés avec l'aide des chargées de mission. Deux types de difficultés sont classiquement rencontrés :

- La cotation de leur activité, et en particulier l'identification d'un seul axe d'accompagnement correspondant à chaque rencontre
- Manque d'information : soit l'information est difficile à retrouver car l'activité n'a pas été tracée depuis janvier 2013, soit l'information n'existe pas car l'affectation du MSP s'est effectuée tardivement

En outre, le début différé de cette étude complique le recueil des consentements prévus pour le groupe 1. Un dossier a été déposé auprès du Comité de Protection des Personnes afin de les consulter sur la possibilité de déroger à cette information rétrospective.

Recueil d'information Médicalisée en Psychiatrie. La récupération de ces données auprès des Départements d'Information Médicale de chaque établissement, ainsi que de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation pour les données nationales, aura lieu ultérieurement.

---

3 Numéro permanent attribué à un patient lors de son 1[er] contact avec un service hospitalier